

子供医療助成費支給申請書

都 ・ 市	件	一般	円
	件	薬	円
	件	歯	円
	件		円

*印欄は記入しないでください。No.

給付割合	2割・3割											支給額合計	*円												
負担者番号												被保険者 世帯主 組合員		氏名											
受給者番号																									
保険の種類		1 国保 2 組合 3 協会						被保険者証		記号															
		4 日雇 5 船員 6 共済								番号		枝番（ ）													
保険者番号								保険者名称		健保組合・協会けんぽ 国保・国保組合・共済組合 (協会けんぽの場合は支部名を記入)															
対象者氏名												生年月日		年 月 日											
申請等の 種類		1 一般（医科） 2 歯科				入外		入院・外来		申請等の 種類		3 調剤 4 補装具 5 訪問看護 6 その他													
診療等を受 けた期間		年 月 日 から										診療等を受 けた期間		年 月 日 から											
		年 月 日 まで												年 月 日 まで											
医療機関名												医療機関名													
医療費総額		*円		診療点数		*点				医療費総額		*円		診療点数		*点									
支給額		*円								支給額		*円													
申請の理由		1 制度の申請中に受診したため 2 都外で受診したため 3 補装具作成のため 4 医療証を持参しなかったため 5 その他（ ）																							
振 込 先 金 融 機 関	1 申請者の児童手当と同じ口座に振り込んでください。 2 次の口座に振り込んでください。																								
	銀行・信金 信組・農協										1 普通		口座番号												
	本店・支店 出張所						店 番 号		2 当座		名 義		カタカナで記入してください。												
	※ゆうちょ銀行を指定した場合は、記号（通帳表紙ウラ）をご記入ください。⇒																								
記号																									

上記のとおり、子供医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

年 月 日

西東京市長 宛

住 所 西東京市

（ フリガナ ）

医療証の申請者氏名

電 話 （ ）

1 *印欄は記入しないでください。
2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
3 支払った額を証する書類（領収書等）を添えて申請してください。
なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。